

認定研修証明書

殿

貴殿は、下記の歯科医師臨床研修施設または補綴歯科専門医認定研修機関において、認定研修を継続（修了）していることを証明致します。

研修期間¹⁾

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

(継続中・修了)

西暦 年 月 日

研修機関名²⁾

指導医氏名³⁾

印

- 1)補綴歯科専門医認定研修機関(甲)と(乙)および厚生労働省の定める臨床研修施設 (丙) で診療に従事している期間
2)補綴歯科専門医認定研修機関(甲)と(乙)および厚生労働省の定める臨床研修施設 (丙)
3)本会指導医または補綴歯科専門医、旧制度専門医あるいは歯科医師臨床研修における指導歯科医